

VACCINATION
CONTRE LA COVID-19

NOM À LA NAISSANCE : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M
 N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
 ADRESSE : _____
 VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
 ID SI-PMI : _____

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu

Hôpital de la Cité-de-la-Santé RPA : _____
 CVM : _____ Centre de réadaptation DI-TSA _____
 CHSLD : _____ Autre : _____

Usager apte :

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° de téléphone
 Cellulaire Travail

Adresse courriel :

Usager majeur inapte :

Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :

Mandataire Tuteur Curateur Curateur public Proche parent Conjoint (marié, union civile ou de fait)
 Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° de téléphone
 Cellulaire Travail

Adresse courriel :

EMPLOYÉS

RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19

Sélectionner la première raison applicable seulement

Matricule : _____
 Titre d'emploi : _____
 Installation : _____
 CISSS de Laval → Autorisation pour transmission au service de santé
 Hors CISSS de Laval
 Non-salarié CISSS de Laval. Occupation :
 Bénévole Étudiant/Stagiaire Travailleur d'agence
 Médecin N°. Pratique _____ Résident N°. Pratique _____
 Autre : _____

1-Résident en CHSLD public/privé (peu importe l'âge ou la condition médicale) (Ø COVISHIELD, Ø AZ COVID-19)
 2-Résident en RPA (peu importe l'âge ou la condition médicale) (Ø COVISHIELD, Ø AZ COVID-19)
 3-Femmes enceintes (peu importe le trimestre ou la condition médicale)
 4-Travailleur de la santé (peu importe la condition médicale)
 5-Maladies chroniques (âgé de 18 ans et plus)
 6-Autres

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

OUI NON

1. Quel âge avez-vous? _____ Ø Covishield / Ø AZ COVID-19 si usager < 55 ans. Favoriser vaccin ARNm ≥ 80 ans en CVM.

2. Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la COVID-19? Date: _____ Produit : _____
 Intervalle minimal entre les doses : ARN messenger 21 jours / Vecteur viral 28 jours. Utiliser le même produit si disponible.

3. Avez-vous déjà fait une infection à la COVID-19? Date de début des symptômes ou du test positif : _____
 Intervalle minimal de 21 jours entre le début des symptômes ou résultat du TAAN positif et le vaccin. Si ce délai est respecté, une seule dose sera requise pour un usager immunocompétent. Si intervalle non respecté ou infection COVID-19 après la 1^{re} dose : 2 doses sont requises.

4. Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?
 En cas de maladie aiguë, sévère ou présence de fièvre, reporter la vaccination.

5. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylaxie) suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou autre produit ayant un composant identique (ex. : Polyéthylène glycol, Trométhamine ou Polysorbate 80)?
 Comparer avec les composantes du vaccin à recevoir.

6. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylaxie) suivant l'administration d'un traitement injectable (ex. : autre vaccin, traitement intramusculaire, intraveineux ou sous-cutané)? Observation post-vaccinale de 30 minutes.

7. Êtes-vous immunodéprimé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs?
 Les bénéfices surpassent les risques mais la réponse immunitaire peut être moindre. 2 doses requises indépendamment des antécédents d'infection à la COVID-19. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm (PB COVID-19 ou MOD COVID-19) en CVM.

8. Êtes-vous atteints d'une maladie auto-immune ou démyélinisante? Les données sont limitées chez ces personnes mais les bénéfices de la vaccination surpassent les risques théoriques.

9. Êtes-vous enceinte actuellement? Le vaccin peut être offert, surtout si à risque de complications graves de la COVID-19 (ex. : diabète, obésité) ou à risque élevé d'exposition au virus (ex. : travailleuse de la santé).

10. Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours? Intervalle minimal de 14 jours suivant l'administration d'un vaccin inactivé ou vivant atténué, sauf s'il s'agissait d'un vaccin influenza, pneu-C, pneu-P ou d'une prophylaxie post-exposition (ex. : rage, HB)

11. Avez-vous reçu des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma de convalescents de la COVID-19?
 Respecter un intervalle de 90 jours avant d'administrer un vaccin contre la Covid-19.

VACCINATION
CONTRE LA COVID-19

NOM À LA NAISSANCE : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M
N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
ID SI-PMI : _____

CONSENTEMENT / DÉCISION

Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.

L'utilisateur ou son représentant légal : Consent à la vaccination contre la COVID-19
 Refuse la vaccination contre la COVID-19

VACCINATEUR :

Profession : Infirmière Médecin Sage-femme Inhalothérapeute Pharmacien

Nom (en lettres moulées) : _____ Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

SITE D'INJECTION IM

- PB COVID-19^{MD} (Pfizer) Autorisé **16 ans et plus**
 MOD COVID-19^{MD} (Moderna) Autorisé **18 ans et plus**
 Covishield^{MD} (SII) Autorisé **55 ans et plus**, voir PIQ
 AZ COVID-19^{MD} (AstraZeneca) Autorisé **55 ans et plus**, voir PIQ

1^{re} dose : _____ mL intramusculaire (IM)
 2^e dose : _____ mL intramusculaire (IM)

- Bras droit (B.D.)
 Bras gauche (B.G.)
 Cuisse droite (C.D.)
 Cuisse gauche (C.G.)

No de lot : _____ Date de péremption : _____

- Bris de la chaîne de froid (BCF) : écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).
 Une période d'attente de **15 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'utilisateur.
 Une période d'attente de **30 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'utilisateur (Antécédents réactions anaphylactiques à un traitement injectable tels qu'un autre vaccin, traitements intramusculaires, intraveineux ou sous-cutanés)

INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :

Titre d'emploi : _____

Nom (en lettres moulées) : _____ Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES (À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT LE CAS ÉCHÉANT)

Description et interventions :

- Appel 911 Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et acheminé à la DSPublique.

Nom (en lettres moulées) : _____ Titre d'emploi : _____

Signature de l'évaluateur : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

Saisie par (initiales) : _____